Rok XXXI. **Kraków, 28 Maja 1892.** Nr. 22.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1 1/2 „	„ 3 1/2 „	„ 6 „

I. Z kliniki chorób dzieci prof. Dra Jakubowskiego.

O intubacyi w dławcu.

Podał

Dr. Stanisław Momidłowski.

asystent tejże kliniki.

Minęły już czasy leczenia dławca krtani u dzieci tylko środkami wewnętrznemi, miejscowym upustem krwi i t. d., ustępując słusznego prawa zabiegowi chirurgicznemu t. j. tracheotomii. Do ostatnich lat ona była tu wszechwładną panią, gdy lekarz amerykański O. Dwyer niezadowolony z wyników swoich potracheotomijnych w intubacyi krtani wskazał nowy czynnik leczniczy w téj zabójczéj, a coraz częściéj pojawiającéj się chorobie dzieci.

Choć nie jest ona oryginalnym pomysłem O'Dwyera, bo pierwszych prób jéj szukać należy choć pod inną formą już w końcu zeszłego stulecia (Desault 1798), gdy w roku 1858 podobną metodę podaje Bouchut, a 1871 Weinlechner wprowadza elastyczne katetery, to zawsze wydoskonalenie narzędzi, techniki operacyjnéj, rozpowszechnienie rękoczynu i zainteresowanie ogółu lekarzy pozostanie niezaprzeczoną zasługą O'Dwyera. W Ameryce też pierwsze próby w tym kierunku robiono, a obecnie zabieg ten i w praktyce prywatnéj szerokie ma zastosowanie tak, że już w roku 1889 Dillon Brown zdołał zestawić 2368 przypadków dławca sposobem tym leczonych.

Znacznie późniéj i z mniejszym zapałem przyjęto ją w Europie, a pierwsi wprowadzili ją Thiersch, Rheu, Dr. Graser, Ranke, Dr. Guyer. Ich to zasługą jest poruszenie sprawy téj na 62. i 63. zjeździe lekarzy niemieckich, a gdy tamże na wniosek Dra Biederta postanowiono ogłaszać zbiorowe sprawozdania z wyników tracheotomii i intubacyi, zainteresowano ogół lekarzy, rzucono się na pole doświadczeń klinicznych i osiągnięto w ten sposób poważne cyfry, z których już pewne zdanie o wartości zabiegu wyrobić sobie można.

Z referatu prof. Rankego[1]) w roku bieżącym w sekcyi chorób dzieci na zjeździe lekarzy i przyrodników w Halli, dowiadujemy się, że do roku 1890 ilość intubacyj z Niemiec, Austryi i Szwajcaryi wynosiła 413 przypadków a 866 tracheotomij. Procent wyleczenia po intubacyj wynosił 34, po tracheotomii 38·1.

Znacznie korzystniéj stosunki te przedstawiają się w roku bieżącym, bo na 365 intubacyj w ostatnich 12 miesiącach wykonanych procent wyleczonych wynosi 40·5, gdy u 237 tracheotomowanych tylko 34·3.

Tylko tą drogą postępując, to jest porównywając wyniki swoje z wynikami innych, uniknąć można ostateczności, z jednéj strony potępienia intubacyi (Schwalbe: *Berl. klinische Wschrft.* Nr. 13, 1891), z drugiéj zaś strony nie zapatrując się na zabieg zbyt optymistycznie, mimo to wynaleść stosowne wskazania dla tegoż.

Z końcem r. 1890 zachęcony przez p. prof. Dra Jakubowskiego, z pewnem uprzedzeniem począłem robić doświadczenia, a pierwsze przypadki może skutkiem braku wprawy niepomyślne, niewiarę moją jeszcze spotęgowały. Wkrótce jednak rzecz inaczéj zaczęła się przedstawiać i dziś po wykonaniu intubacyi w 82 przypadkach dławca krtani tak w błonicy pierwotnéj jak i następowéj, zdanie moje co do wartości tejże metody zmieniłem.

Uważając na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie zainteresowanie się szan. Kolegów tym przedmiotem, z drugiéj zaś strony sądząc, że może zachęcę niektórych do zastosowania jéj w praktyce, zamierzam spostrzeżenia nasze ogłosić.

Narzędzia do zabiegu tego służące, które w ostatnich latach nieznaczym tylko zmianom uległy, a jakie w naszéj klinice są używane, składają się:

[1]) *Verhandlungen der achten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abtheilung der Kinderheilkunde der 63. Versammlung deutscher Naturforscher in Bremen 1890.*

a) z 4 rurek brązowych wyzłacanych (tubus) o rożnem świetle, grubości i długości, odpowiednio do większości dzieci od jednego roku do 12 lat,

b) z przyrządu do wkładania,

c) z przyrządu do wyjmowania tubusów, wreszcie

d) z rozwieracza.

Rurki te na przekroju poprzecznym kształtu owalnego, mają na górnym tylnym końcu guzikowate rozszerzenie, w części przedniéj górnéj opatrzone są otworkiem, służącym do wprowadzenia nitki, zaś w środku długości swojéj brzuszkowate zgrubienie. Każda z rurek opatrzona jest obturatorem do wielkości tejże zastosowanym, którego koniec dolny zaokrąglony i nieco poza światło rurki wystający, chroni tkanki przy wprowadzaniu rurki przed obrażeniem. Do górnego końca obturatora wśrubowuje się przyrząd służący do wprowadzania rurki.

Nie wdając się w dalsze opisy dosyć skomplikowanych przyrządów służących do wprowadzania i wyjmowania rurki, przystępuję wprost do aktu samego.

Podczas gdy przy tracheotomii potrzebną jest odpowiednia asysta, uśpienie dziecka, gdy wreszcie przygotowanie do zabiegu wymaga dłuższego czasu, to rzecz cała odbywa się znacznie prościéj:

Posługaczka trzyma dziecko na kolanach twarzą zwrócone do operującego, opierając głowę tegoż na swojem ramieniu lewem, rękami przytrzymując mu ręce, między kolanami zaś nogi. Druga osoba stojąc poza chorym trzyma głowę dziecka, równocześnie rozwieraczem po stronie prawéj otwierając usta. Operujący staje przed dzieckiem, palec wskazujący lewéj ręki wprowadza do ust aż poza nakrywkę głosową, podnosi ją i w położeniu tem utrzymuje, poczem przymocowany do wprowadzacza a opatrzony nitką tubus wkłada w jamę ustną. Przy wprowadzaniu radzi O'Dwyer trzymać początkowo trzonek narzędzia równolegle do klatki piersiowéj, aż koniec tubusa przejdzie poza szczyt nakrywki głosowéj, z którą to chwilą podnosi się trzonek do poziomu a zatem prostopadle do osi podłużnéj ciała, następnie pod kontrolą palca ręki lewéj, wsuwa koniec tubusa między więzadła głosowe. Gdy się to stało, występuje natychmiast bezdech i teraz szybko zepchnąwszy tubus, wyjmuje się obturator, pozostawiając dokładniejsze umieszczenie rurki kontrolującemu palcowi ręki lewéj.

Cały ten akt winien się odbywać bez żadnéj przemocy, mając raczéj uczucie, że tubus własnym ciężarem w przeznaczone dla siebie miejsce wpada, przy lekkim tylko ucisku palca ręki lewéj. Przy wprowadzaniu baczyć należy na to, aby tubus znajdował się w linii środkowéj ciała, podnosząc zaś trzonek ku górze, by koniec tubusa dolny znajdował się tuż nad szparą głosową i to pionowo ustawiony. U dzieci poniżéj dwóch lat, a nawet u starszych ze znacznym przerostem migdałków, wprowadzanie napotyka na pewne trudności z powodu małéj pojemności jamy gardzielowéj.

Akt intubacyi odbywa się nadzwyczaj szybko, a jeżeli O'Dwyer wymaga ukończenia całego zabiegu w 5 sekundach, to czas ten chociaż za krótki do ukończenia całego rękoczynu, jest jednak aż nadto wystarczającym przy pewnéj wprawie do wprowadzenia tubusa w tchawicę, a więc do załatwienia istoty rzeczy. Pierwsze próby intubacyi zwykle zawodzą, kto raz jednak, przećwiczywszy się na trupie, tubus w odpowiednie miejsce wprowadził, w następnych razach z łatwością to uczyni. U początkujących zdarza się często, że wkładają tubus do połyku zamiast do tchawicy, co jednak przy obecności nitki rurkę utrzymującéj niema żadnego znaczenia. Tylko w rzadkich przypadkach obrzęku wejścia do krtani natrafia się na pewne trudności przy wprowadzaniu, lecz i to po kilku próbach przezwyciężyć się daje (Ranke), co również w kilku naszych przypadkach zauważyć mogłem.

Aby uniknąc trudniejszego zabiegu, jakim jest wyjmowanie rurki, które odbywa się również pod kontrolą palca i w podobny sposób jak wkładanie, tylko za pomocą przyrządu innego do tego celu służącego, radzą niektórzy jak Wyss, Guyer a zwłaszcza Ganghofner pozostawienie nitki, umocowawszy końce jéj plastrem na czole lub policzku, — a okoliczność ta i z tego względu jest korzystną, że dozwala każdemu wyjąć ją w nagłym przypadku zatkania rurki błoną. Téj okoliczności właśnie przypisuje prof. Ganghofner swoje znacznie korzystniejsze wyniki, a gdy rozporządza 240 przypadkami intubacyi w klinice jego wykonanemi z 113 wyleczeniami (47%), może w téj kwestyi poważny głos zabrać. Początkowo i u nas nitka była zostawianą, gdy jednak ma to i swoje ujemne strony, jak drażnienie do wymiotów i kaszlu, większe krztuszenie się przy piciu, wreszcie konieczność związania dziecku rąk, aby nitki wraz z rurką nie wyrwało, obecnie po dokonanéj intubacyi przekonawszy się, że tubus leży w odpowiedniem miejscu, oddech odbywa się spokojnie, a więc gdy niema żadnej przyczyny natychmiastowe wyjęcie tubusa wymagającéj, po kilku minutach usuwamy ją.

Wyjmując nitkę należy po rozwarciu dziecku ust końcem palca uciskać na główkę tubusa, aby tegoż wraz z nitką nie wyciągnąć.

Z chwilą założenia tubusa w odpowiednie miejsce występuje charakterystyczny tępy kaszel parę minut trwający, przyczem dziecko odkrztusza nagromadzoną w drogach oddechowych wydzielinę, często błony krupowe, wreszcie po kilku wdechach głębokich zupełna ulga i zadowolenie, a obraz ten podobny jest do tego, jaki przedstawia dziecko po otwarciu tchawicy przy tracheotomii. Duszność, sinica, owe znaczne zaciągania łuków i przestworów żebrowych, złowrogie szmery krtaniowe znikają, a chory jeżeli poprzód bardzo był zmęczony, z zadowoleniem kładzie się do łóżeczka i wkrótce zasypia, lub też wesoło bawi się, nie skarżąc się na żadne przypadłości ze strony gardła, a nawet zrozumiale mówić może, choć głos jest bezdźwięcznym.

Starsze dzieci skarżą się niekiedy na nieprzyjemne uczucie w gardle, co jednak szybko ustępuje. Jeżeli sprawa przebiega daléj prawidłowo, a są to te przypadki, które kończą się wyleczeniem, więc gdzie nie tworzą się nowe błony, dławiec ogranicza się tylko do pierwszych dróg oddechowych, nie przyłączą się żadne powikłania ze strony płuc, dziecko z tubusem nie wymaga szczególniejszéj opieki, a jedyną trudność sprawia karmienie, o czem tu tylko nawiasem wspominam.

Oddychając niemal fizyjologicznie, bo drogami naturalnemi, nie potrzebuje tych częstych inhalacyj, jak to ma miejsce po tracheotomii, gdyż wydzielina nigdy ani w tubusie ani w oskrzelach nie zasycha, odpada tak czyszczenie kaniuli, jak wreszcie leczenie przeciwgnilne saméj rany. Tak się rzecz ma aż do ostatecznego wyjęcia tubusa, a więc do chwili, gdy drożność tchawicy jest dostateczną, co zwykle w dwóch

do pięciu dni ma miejsce. W okresie tym nawet ciepłota ciała nieznacznie tylko bywa podwyższoną, zwykle waha się między 37 a 38·5, gdy przy wyższéj ciepłocie już jakiegoś powiklania obawiać się należy.

Samo leczenie zasadza się na podaniu lekkiego środka wykrztuśnego, miejscowego stosowania leków na dotkniętą błonicą jamę gardzielową, a robiąc wreszcie kilka razy dziennie wdychiwania przyrządem Siegla, bądź środkami rozdzielającemi, bądź przeciwgnilnemi, wszystkie wskazania wykonaliśmy.

Na pozór więc zdawałoby się, że w intubacyi znaleziono środek ułatwiający znacznie zadanie tak lekarzowi jak i otoczeniu dziecka, a jednak gdy to ostatnie rzeczywiście mniéj ma do czynienia, lekarz bierze na barki swoje znacznie większy ciężar niż po wykonaniu tracheotomii.

Przypatrzmy się bowiem, jak wyglądają te mniéj pomyślne a częstsze przypadki dławca krtani intubacyją leczone. Jakkolwiek nie da się to, ściśle wziąwszy, ująć w pewne formy, to jednak przypadki te dzielę na 4 główne typy:

1) albo występuje nagły bezdech zaraz po założeniu tubusa;

2) nagły bezdech w kilka lub kilkanaście godzin u dziecka poprzód dobrze oddechającego;

3) po założeniu tubusa nie widzimy prawie żadnéj ulgi, lecz duszność i daléj się utrzymuje;

4) polepszenie, oddech swobodny trwa tylko chwilowo, a po kilku lub kilkunastu godzinach występuje przyspieszenie oddechu, zapadanie przestworów żebrowych, wreszcie sinica.

W pierwszym i drugim przypadku przyczyną nagłego bezdechu jest zatkanie małego otworu rurki grubą błoną krupową, w 3-im i 4-ym przyczyną duszności szerzenie się dławca w tchawicy i oskrzelach.

W obu pierwszych natychmiastowe wyjęcie tubusa wywołuje często wykrztuszenie błony krupowéj, niekiedy stanowiącéj odlew oskrzeli, a po powtórnem założeniu rurki oddech spokojny, w 3 im i 4 ym zwykle wyjęcie nie pomaga, lecz trzeba przystąpić natychmiast do tracheotomii, która także zazwyczaj zawodzi.

Oczywiście i w dwóch pierwszych przypadkach, gdy wyjęcie tubusa wykrztuszenia błony nie wywoła, lub gdy mimo tego duszność się utrzymuje, tylko natychmiastowa tracheotomija coś zdziałać jest w stanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Doświadczeń tych tutaj opowiadać nie będę, opisaliśmy je w „Przeglądzie Lek.“ Nr. 34 z r. 1891, a wspomnę tylko że pewna część wykazywała nam nadmierne wydzielanie HCl (*hyperchloria*), jeszcze mniejsza upośledzenie lub brak HCl (*hypochloria* i *achloria*) a najznaczniejsza prawidłowy HCl, natomiast bardzo często stwierdzaliśmy upośledzoną siłę mechaniczną żołądka. „Na podstawie wyników tego badania“, pisaliśmy wtedy, „przyszliśmy do wniosku, że w znacznej części przypadków blednicy trawienie żołądkowe gra niepoślednią rolę. Jako podstawę wyjścia tego zdania uważać musimy upośledzenie czynności mechanicznéj żołądka, którą w znacznéj liczbie przypadków u naszych chorych stwierdziliśmy. Upośledzony ten mechanizm żołądka jest przyczyną, że bardzo często u chorych badanych na czczo rano, znajdowaliśmy resztki pokarmów dnia poprzedniego spożytych, treść w początkach badania kwaśno oddziaływającą, która zawierała peptony i propeptony. Nieopróżnianie żołądka w należytym czasie, pozostawanie pokarmów dłużéj już wystarczy, jakto same przypadki pouczają, do wywołania rozlicznych przypadłości żołądkowych, jak gniecenia, braku łaknienia, a w dalszem następstwie, gdy stan taki trwa dłużéj, przez drażnienie błony śluzowéj może wystąpić i zboczenie w chemiźmie trawienia żołądkowego, wywołując n. p. nadmierne wydzielanie HCl“.

Upośledzenie to czynności mechanicznéj żołądka odnieść trzeba do osłabionego działania mięśni ściany żołądka, wynikającego może i z niedostatecznego ich rozwoju — a zwłaszcza z degeneracyi mięśni, wskutek wadliwego składu krwi. Osłabienie to warstwy mięśniowéj pociągnąć może za sobą rozszerzenie żołądka, które nieraz spotykałem u młodych dziewcząt na blednicę cierpiących — jedno z mniéj przyjemnych powikłań blednicy, bo pozostające zwykle na czas dłuższy nawet po ustąpieniu blednicy i wymagające dalszéj uwagi, aby nie zostało stałą zmianą. Zboczenia te w trawieniu muszą podtrzymywać blednicę bo pociągają za sobą upośledzenie łaknienia, nieprawidłowe trawienie spożytych pokarmów, a co za tem idzie i upośledzenie odżywienia. Na dowód jak zawisłe są funkcyje chemiczne i mechaniczne żołądka od blednicy, niech posłuży przypadek spostrzegany w klinice prof. Korczyńskiego.

Dotyczy on pacyjentki 18-letniéj, pochodzącéj z rodziców zdrowych, która w dziecięctwie przebywała ospę i szkarlatynę, zresztą nie chorowała. W 15 r. ż. pierwsza regularność, od tego czasu silne bóle głowy, osłabienie coraz większe, męczenie się szybkie przy chodzeniu, coraz więcéj podupadające łaknienie, wymioty, bóle w okolicy żołądka, bezsenność itd.

Przyjęta w d. 3 marca 1891. Badanie w wewnętrznych organach, z wyjątkiem miernego stopnia powiększenia śledziony, zboczeń żadnych nie wykazało — natomiast klasyczny obraz ciężkiéj blednicy. Krew blada, wodnista, wyraźna *mikrocythämia* i *poikilocytosis*, ilość ciałek czerwonych w 1 ctm. sześć. 2·800000, białych 10000, stosunek 1 : 278 Hg. 20%. W pierwszych dniach obserwacyi można było u niéj obok upośledzonéj funkcyi mechanicznéj jeszcze HCl wykazać, późniéj już nigdy; treść żołądkowa zawsze obojętnie oddziaływała przy wszystkich próbach, chociaż stan już się poprawił, bo w dzień opuszczenia kliniki, t. j. 13-go maja krew zawierała: Hg. 45%, ciałek czerwonych 4·40000, białych 12 200, stosunek 1:360. Ciężar ciała podniósł się o 9 klg., *mikrocythämia* i *poikilocytosis* trwała jednak daléj Od maja do listopada pacyjentka pozostawała w domu, wróciwszy ze swą niewyleczoną jeszcze blednicą do niekorzystnych warunków. Nic dziwnego, że zyskany przybytek Hg. ciałek czerwonych, wagi ciała powoli straciła i przyjęta napowrót do kliniki w d. 7 grudnia t. r., przedstawiła stan jeszcze gorszy niż przy pierwszem badaniu, bo Hg. wprawdzie 25%, ale ciałek czerwonych tylko 1700000, a waga ciała spadła o 5 kg. Badanie żołądka wykazało znów tę samą zmianę t. j. upośledzenie czynności mechanicznéj żołądka i brak HCl. Stan ten żołądka trwał mniéj lub więcéj przez cały grudzień do połowy stycznia; w tym czasie zaczął się pojawiać sok, który zawierał HCl, po tylu mie-

siącach po raz pierwszy i sztucznie dobrze trawił, ale też stan ogólny i krwi poprawił się znacznie — Hg. wynosiła już 55%, ilość ciałek czerwonych 4000000.

Pacyjentka opuściła klinikę w d. 15 lutego 1892 r., zyskawszy na wadze 10 klg., krew składu prawidłowego (bez śladu *poikilocytosis*). Hg. 85%, ciałek czerwonych 5000000, białych 13·300 czyli stosunek 1 : 380, czynność żołądka normalna.

Jest to przypadek blednicy ciężkiéj, wykazujący dobitnie zależność funkcyi żołądka od stanu krwi; że tu nie odwrotny zachodził stosunek, najlepszy dowód w tem, że poprawa krwi szła naprzód przy ciągłym braku HCl, a ten się pojawił po miesiącach, gdy skład krwi doznał znacznego polepszenia.

Obraz cierpienia żołądkowego w blednicy nie byłby zupełny, gdybym nie wspomniał o wrzodzie okrągłym żołądka, który rozpoznajemy według znanych cech. W rozpoznaniu tem jednak natrafiamy nieraz na znaczne trudności, gdy chodzi o rozstrzygnięcie, czy mamy do czynienia ze zwykłym nerwowym bólem (kardialgią) czy też z wrzodem okrągłym — decydującym właściwie jest tu czas występowania bólów i badanie treści żołądkowéj (zachowanie się HCl) — nie mówiąc o tem, że wśród tych warunków wymioty krwawe rozstrzygają stanowczo między temi dwiema sprawami.

Jeżeli już wspomniałem o krwotokach żołądkowych, pozwólcie Panowie, że w tem miejscu podzielę się spostrzeżeniami, które mi nasunęły wątpliwość, czy krwotoki żołądkowe u blednicowych spostrzegane mają przyczynę swoją tylko we wrzodzie okrągłym żołądka, czy też i bez takowego zjawiać się mogą?

Przypadek I. A. H. lat 18, przedstawiła mi się w godzinie ordynacyjnéj z blednicą wyższego stopnia, skarżąc się na upośledzone łaknienie, odbijania czcze, małe gniecenia po jedzeniu, zaparcie stolca. Nigdy bólów, żadnych wymiotów. Wśród leczenia znaczna poprawa stanu. Po powrocie ze świeżego powietrza oddała się zwykłym zajęciom. Blednica znowu rozwijać się poczęła, przypady żołądkowe tylko wyżéj opisane, i nagle w kilka miesięcy od pierwszego badania widziałem chorą leżącą prawie bez tętna wskutek silnéj utraty krwi z wymiotami, które wystąpiły najniespodziewaniéj bez żadnych poprzednich zwiastunów. Krwotoków takich było 3 w jednym dniu. Po tygodniu poprawa, w 4 tygodnie już pacyjentka chodziła i zyskała na tem tyle, że blednica jéj szybkim krokiem zaczęła ustępować. Jest temu już dwa lata, pacyjentka cieszy się najlepszem zdrowiem, nie mając najmniejszych przypadłości, któreby odpowiadały wrzodowi okrągłemu żołądka, podobnie jak ich nie miała i przed krwotokami.

Przypadek II. A. W., lat 19, przypady blednicy od lat dwóch, nieco skrofuliczna, forma blednicy mięszanéj (typ prosty z sercowym). Przy obiedzie siedzącéj nagle zrobiło się jednego dnia słabo, a w godzinę nastąpiły wymioty krwawe, w 4 tygodnie wstała, odbyła podróż do Abazyi, dziś, już miesięcy temu 6, żadnych przypadów ze strony żołądka. Wpływ na blednicę bardzo dobry.

Przypadek III. A. G., lat 18, od 4 lat w ciągłem leczeniu na blednicę ze zmiennym skutkiem. W ostatnich czasach pobyt w górach, poprawa ogólna. Pobyt w mieście, oddanie się nauce, zajęciom domowym stan pogarsza; zostałem wezwany z powodu, że w ostatnim tygodniu kilka razy zrobiło się jéj słabo i co tylko nie zemdlała, zresztą uskarża się tylko na ogromny brak sił, bicie serca przy każdym ruchu i brak zupełny łaknienia. Na wyraźne pytanie podaje, że bólów w żołądku nigdy nie miała i nie ma, nigdy nie wymiotowała, czasem poprzednio doznawała czczych odbijań i gniecenia w żołądku. Przy silnie rozwiniętéj tkance tłuszczowéj znalazłem bladość powłok ogólnych i bł. śluzowych uderzającą, szmery anemiczne nad sercem, buczenie w żyłach, tętno drobne, b. przyspieszone, ciepłota 37·6, zresztą żadnych zboczeń. W kilka godzin wezwano mnie powtórnie, bo chora zemdlała, mimo leżenia w łóżku i miała „odpluć kilka razy krwią". Stan osłabienia zastałem większy, bez możności dokładnego wyrobienia sobie zdania, co właściwie się dzieje; źródła dla „odplutéj krwi" szukałem nadaremnie w nosie, jamie ustnéj, płucach, o żołądku nie myślałem wobec podania choréj, że ją „odpluła" i braku jakichkolwiek przypadów z téj strony. Ze 2 litry krwi w postaci starszych skrzepów i świeżéj krwi, jakie chora wieczorem z wymiotowała, odkryły mi źródło osłabienia choréj, omdlewań nietylko w tym dniu, lecz i prawdopodobnie w poprzedzającym tygodniu. — Nad ranem powtórne wymioty krwawe, tętno ledwo wymacalne. Po tygodniu, gdy parcie w tętnicach się podniosło, trzecie wymioty czysto krwawe postawiły pacyjentkę w niebezpieczeństwie życia. Ośm tygodni poruszyć się nie mogła, bo podniesienie głowy wystarczało, aby stan omdlenia wystąpił, a pełnych 3 miesięcy nim pacyjentka mogła się podnieść. I znów ani w tym czasie, ani przedtem, ani do téj chwili, a jest temu miesięcy 8, objawów odpowiadających wrzodowi okrągłemu żołądka żadnych. Dodać nadto winienem, że wymiociny krwawe pierwsze badane papierkiem lakmusowym oddziaływały zaledwie słabo kwaśno, drugie obojętnie — szczegół ważny, o którym zaraz wspomnę.

W przypadkach tych trzech jedynie wymioty krwawe przemawiały za wrzodem okrągłym żołądka, zresztą żadnych innych objawów nie było przed niemi ani po nich. Wiem, że tu tylko sekcyja stanowczo rozstrzygnąćby mogła, wiem, że wrzód okrągły może przebiegać niespostrzeżenie, pozwólcie jednak Panowie, że podniosę te okoliczności, które nie pozwalają stanowczo rozpoznawać w tych przypadkach wrzodu, lecz każą się obejrzeć i za inną przyczyną krwotoków.

Okolicznościami temi są: 1) brak napadowych bólów zwłaszcza po jedzeniu, wymiotów, odbijań kwaśnych tak przed krwotokiem jak i po krwotoku; 2) korzystny wpływ krwotoku na dalszy przebieg choroby, zwłaszcza zaś 3) stwierdzony fakt w przypadku III, że wymiociny krwawe oddziaływały słabo-kwaśno a nawet obojętnie, to znaczy, że nadmiernego wydzielania HCl, objawu spostrzeganego stale przy wrzodzie, nie było. A to tembardziéj musi mieć znaczenie, o ile z doświadczeń Korczyńskiego i Jaworskiego[8]) wiadomo, że krwotok żołądkowy przy wrzodzie zapowiada się naprzód zwiększającym się coraz bardziéj stopniem kwasności od HCl pochodzącym, osiągającym szczyt swój podczas krwotoku.

Jeżeli się zaś uwzględni, że wszystkie trzy w sposób opisany przebiegające krwotoki żołądkowe, spotykałem u dziewcząt młodych dotkniętych w wysokim stopniu blednicą, że w innych chorobach przebiegających z silną niedokrewnością, n. p. w niedokrewności złośliwéj, również krwotoki żołądkowe spotykamy bez wrzodu żołądkowego, skłonny jestem przypuścić, że przyczynę krwotoków w naszych przypadkach możeby można odnieść do zmian w naczyniach wywołanych przez blednicę. Zmiany te w naczyniach znamy od czasu klasycznego opisu Virchowa[7]) i wiemy, że w blednicy znajdujemy zwyrodnienie tłuszczowe naczyń tak warstwy środkowéj *(media)* jak szczególnie wewnętrznéj (*intima*), wskutek tego stają się one kruchsze i skłonne do pękania.

Ta zmiana naczyń tłomaczy nam, dlaczego nieraz u blednicowych nie brak regularności nastaje, lecz formalne krwotoki maciczne, dlaczego często spotykamy krwotoki nosowe, a że kruchość tych naczyń spotykamy i w żołądku,

mieliśmy sposobność przekonać się wspólnie z kol. Buzdyganem wśród dokonywania doświadczeń naszych wyżéj wspomnianych, gdy często bardzo musieliśmy przerywać wyciąganie treści z żołądka, bo nam się krew świeża pokazywała, co mi się wyjątkowo zdarzało u innych osób, mimo wcale bogatego doświadczenia w tym kierunku. Krwotoki w tym stopniu jak nasze, które wprost groziły życiu chorym, należą szczęściem do wyjątków, mniejsze uchodzą z pewnością uwagi, podobnie jak niewiedziałbym o krwotokach w żołądku i przyczynie omdleń w przypadku moim III, gdyby nie nastąpiły wymioty krwawe.

Że tak być może, dowodzą tego badania Hösslina[4]), który porównywał kał osób zdrowych z kałem dziewcząt dotkniętych błednicą, pod względem zawartości żelaza i hematyny i wykazał, że przy jednakowem żywieniu u dziewcząt zdrowych znajdował n. p. na 1 grm. kału 0·38 mgr. Fe a 0·027 mg. hematyny, gdy u niektórych błednicowych 2·34 mg. Fe a 1·133 mg. hematyny, który to przybytek żelaza w całości i hematyny mógł pochodzić tylko od krwi wylanéj do przewodu pokarmowego. W ten sposób badając 67 przypadków, stan ten, to jest wylewanie się krwi do przewodu pokarmowego, stwierdził 25 razy. Na podstawie swoich badań dochodzi wprawdzie Hösslin, zdaniem mojem, do wniosków błędnych, bo twierdzi, że błednica jest niedokrwewnością następową wskutek krwotoków w przewodzie pokarmowym, biorąc następstwo za przyczynę i przeceniając znaczenie i częstość swego spostrzeżenia — fakt pozostanie jednak faktem, a moje przypadki mogłyby stanowić ilustracyję, do jakiego stopnia mogą te krwotoki dochodzić. Jak często podobne krwotoki mogą się zdarzać, nie umiem powiedzieć, z badań Hösslina wypadałoby, że nie rzadko. że mogą one i po kilka, kilkanaście lub kilkaset gramów wynosić, a nawet jak w moich przypadkach i do 2 litrów dochodzić. Pęknięciom takim naczyń w żołądku może towarzyszyć powstawanie nadżerek, które wśród pewnych warunków pod działaniem HCl. dadzą źródło do powstania wrzodu okrągłego żołądka. O ile nadżerki te są przyczyną bólów i gnieceń i nadczułości błony śluzowéj u błednicowych, jak to chce Rosenheim[10]), rozstrzygnąć nie umiem.

Na jedno pytanie należy mi jeszcze dać odpowiedź, t. j. dlaczego zmienione naczynia mają przeważnie na bł. śluzowéj żołądka pękać i krwotoki sprowadzać. Że nie tylko na bł. śluzowéj żołądka, już mówiłem, wspominając wyżéj o krwotokach macicznych (*mennorrhagia*), krwotokach z nosa, a w klinice prof. Korczyńskiego stwierdzono wynaczynienie i na dnie oka, błona śluzowa żołądka jest może jednak najwięcéj usposobiona do krwotoków, dowodem tego jak często w niéj stwierdzamy wybroczyny na stole sekcyjnym dzięki zapewne swemu bogatemu unaczynieniu, narażeniu ciągłemu na urazy ze strony pokarmów i przekrwieniom, jakich doznaje podczas aktów trawienia. W każdym razie jestem zdania, że u błednicowych może przychodzić do krwotoków żołądkowych większych lub mniejszych wskutek pękania naczyń bez wrzodu okrągłego, że niejedno omdlenie u nich ma w tem swoje źródło, że nawet czasami, jak w naszych przypadkach, krwotoki te wprost mogą życiu zagrażać. Szukając w literaturze, czy nie znajdę podstawy dla tego przypuszczenia w badaniach pośmiertnych, znalazłem przypadek opisany przez Bantiego[11]), który dotyczy dziewczyny lat 21 liczącéj, cierpiącéj obok niedokrewności na brak łaknienia, bóle w dołku podsercowym po jedzeniu, wymioty krwawe, a gdy zmarła wskutek *proctitis purulent.*, sekcyja nie wykazała ani śladu wrzodu w żołądku.

Obok przypadów ze strony żołądka mamy w błednicy bardzo często przypady ze strony jelit, a zwłaszcza w postaci niedowładu ich (*atonia*) sprawiającego, że wypróżnienia odbywają się leniwo, co kilka, a nawet co kilkanaście dni; miałem pacyjentkę, która aktu tego dokonywała najwyżéj 20 razy na rok. Objaw ten zwykle datuje się z czasów przebłednicowych, a powstaje wskutek braku ruchu u dziewcząt a częścią dzięki nierozsądnemu przyzwyczajeniu. Rozwijająca się błednica potęguje to zboczenie, bo wobec braku dowozu odpowiedniéj ilości tlenu, wskutek zmniejszonej ilości ciałek czerwonych a w nich jeszcze hemoglobiny odżywienie mięśni podupada, warstwa mięśniowa jelit słabnieje podobnie jak w żołądku, dając tu powód do upośledzonego wydalania pokarmów i rozszerzenia żołądka, tam do osłabienia ruchów i siły wydalającéj kał — a nadto osłabienie mięśni tłoczni brzusznéj, a wiemy, że wogóle siła mięśniowa w błednicy słabnie, gra tu także swą rolę. — Pozostawanie to długie kału w jelitach, gnicie coraz większe istot białkowatych, wchłanianie wskutek tego powstających ptomainów i toksynów, sprowadzających samozatrucie ustroju (*autointoxicatio*) obojętnem być nie może i stanowi jużto przyczynę wywołującą a w każdym razie podtrzymującą błednicę, i w leczeniu zasługuje na szczególną uwagę.

Na tem poprzestanę kreślić obraz typu trawieńcowego błednicy (*chlorosis dyspeptica*), by przejść do następnego typu sercowego (*chlorosis cardiaca*), t. j. obrazu błednicy, w którym na pierwszy plan występują uczucia podmiotowe ze strony serca, jak bicie serca, zadyszania przy każdym ruchu, omdlewania i t. d. Przypadom tym podmiotowym towarzyszą też najczęściéj i przedmiotowe zjawiska, wynikające z nieprawidłowego składu krwi a ztąd i złego odżywiania mięśnia sercowego, nieraz i tak już w rozwoju swym upośledzonego. Stwierdzamy tu szereg objawów, począwszy od mniéj lub więcéj przyspieszonego, mniéj lub więcéj napiętego tętna, buczenia żył, szmerów anemicznych w sercu — aż do rozszerzenia prawéj komory serca, nieraz przerostu lewéj wskutek wązkości układu naczyniowego.

Pozwólcie Panowie, że szmerom anemicznym poświęcę słów kilka, opierając się na własnem doświadczeniu. Jak wiemy, szmery te są przeważnie skurczowe, słyszalne najwyraźniéj nad tętnicą płucną i końcem serca, są one miękkie, nieraz jednak tak szorstkie, że odróżnić je od szmerów organicznych prawie niepodobna. Jesteśmy wobec tego nieraz w kłopocie, aby ocenić, z czem mamy do czynienia, zwłaszcza, że od czasu Virchowa wiemy, jak błednica usposabia do spraw na śródsierdziu z jednéj strony, a z drugiéj wiemy, że nieraz zapalenie śródsierdzia (*endocarditis*) przebiega przybierając postać błednicy. Najważniejszym sposobem rozpoznawczym pozostanie z pewnością czas, obserwacyja, wykazujące nam dalszy los słyszanego szmeru, obok tego jednak mamy pewne szczegóły, które zebrane mogą nam nieraz wątpliwość rozjaśnić.

Jak wiemy, dostatecznéj wiadomości o przyczynie powstawania szmerów akcydentalnych dotąd nie znamy i przypuszczamy ich kilka, a mianowicie przypisujemy je jużto pewnym zaburzeniom w unerwieniu i w odżywieniu mięśni brodawkowych, wskutek czego zastawki nie popadają w jednostajne drgania lub powstaje względna niedomykalność zastawki dwukończystéj, jużto uciekamy się w ostatnich latach

do teoryi Schrwalda, która sprowadza te szmery do wspólnego źródła z zboczeniami żylnemi. Tak jak te mają źródło z jednéj strony w przyspieszonym prądzie krwi wskutek wodnistości takowéj, a więc zmniejszonego tarcia o ściany naczynia, bo przyczepność mniejsza, z drugiéj strony w niestosunku między wypełnieniem żył szyjnych a opuszki jarzmowéj (*bulbus jugularis*), tak szmery te akcydentalne powstają z tych samych przyczyn w przedsionku lewym dlatego, bo niestosunek rozmiarów jest przecież większy między żyłami płucnemi a przedsionkiem lewym, niż między żyłami głównemi (*v. cava*) a przedsionkiem prawym. Powstają one podczas wpływania krwi do przedsionka, a więc podczas jego rozkurczu czyli podczas skurczu komory, dlatego słyszymy je jako szmery skurczowe najwyraźniéj w miejscu, gdzie obsłuchujemy tęt. płucną, bo anatomicznie tu leży przedsionek lewy, w którym właściwie szmer powstaje, a szmer ten udziela się i ku komorze lewéj, słyszymy więc go i nad końcem serca, jednak naturalnie słabiéj.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał
Wład. Matlakowski,
Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Podwiązawszy naczynia krwionośne w ranie brzusznéj i otworzywszy otrzewną, wprowadzamy rękę dla zbadania stosunków guza i dokładnego wymacania kreski, *resp.* jéj gruczołów, poczem idzie drugi akt operacyi: wyciągnięcie guza na zewnątrz z jamy brzusznéj. W zebranéj przezemnie kazuistyce zanotowano, iż udało się to w zupełności w 12 przypadkach, lecz prawdopodobnie i w wielu innych, gdzie guz był ruchomy, operator skorzystał z tego naturalnego ułatwienia; wydobycie guza na zewnątrz posiada dla łatwo zrozumiałych względów ogromną donioslość; z jednéj strony ułatwia manipulacyje, z drugiéj pozwala na operowanie zewnątrz jamy otrzewnéj, która pozostaje osłoniętą. Koenig radzi prowizorycznie zaszyć ranę w ścianie brzusznéj o tyle, żeby wydobyty guz nie mógł się napowrót do jamy wśliznąć; jestto dobry sposób osłonięcia jamy otrzewnéj, lecz utrudnia operowanie na kresce, które należy do najtrudniejszych.

Niewątpliwie najprostszą drogą do bezkrwawego wycięcia choréj części oraz zwyrodnionéj kreski, byłoby wstępne podwiązanie *a. ileocoecalis*, którą łatwo jest wymacać; gdy jednak projekcyja jéj rozgałęzień w większości przypadków większą jest, niż odcinek kiszki, który ma być usunięty, przeto musimy się uciec do podwiązywania jéj gałęzi w ranie, co należy do najzmudniejszych części operacyi. Przytem można postąpić dwojako: albo odcinać kiszkę, *respective* wycinać klin w kresce, tam gdzie tego potrzeba i zaraz natychmiast chwytać w kleszczyki naczynia przecięte w ranie kreski, a następnie je wiązać, tak jak to robimy w każdéj innéj ranie, — albo najprzód porobić obkłucia (*Umstechung*) w kresce, a potem ponad podwiązkami ją przeciąć; pierwszy sposób jest czystszy, drugi pewniejszy, zabezpiecza bowiem od spełzania podwiązek, obrywania się kruchéj tkanki kreskowéj przerosłéj tłuszczem, co jak wiadomo należy do zwykłych rzeczy śród wiązania naczyń w kresce, a nadto zapobiega wszelkiemu rozlewowi krwi. Ten ostatni sposób posiada jeszcze i tę wyższość, że pozwala na samym końcu przecinać kiszkę, która służy za dobre ujęcie przez cały czas załatwiania się z kreską. Jeżeli wobec gruźliczego zwężenia wystarczającem jest wyłuszczenie powiększonych gruczołów z kreski, to natomiast, o ile tylko jest możliwem i dostępnem, powinno się wycinać cały klin z kreski wraz z powiększonemi w niej gruczołami wobec zwężenia rakowego, tu bowiem, jeśli tylko przecięło się kiszkę w dostatecznéj odległości (na kilka — do kilkunastu cm.) od granicy nowotworu, regenaracyja możliwą jest jedynie z ognisk rakowych w gruczołach i naczyniach chłonnych kreski: najradykalniéj przeto jest całą tkankę wyciąć. Koenig (l. c. S. 916) odradza to, przez wzgląd na uzasadnioną obawę zgorzeli zagrażającéj kiszce, któréj kreska naczynionośna została wycięta; radzi on usunąć z kreski same gruczoły zwyrodnione, tam zaś, gdzie nacieczenie rakowe zajmuje kreskę na znaczniejszéj przestrzeni, lepiéj zdaniem jego zupełnie odstąpić od wycięcia kiszki.

Gdybym śmiał przeciwstawić swoje zdanie poglądowi tak znakomitego chirurga, zauważyłbym, iż jeżeli gruczoły zajęte są sznurkiem jedne za drugiemi, lecz nie na wielkiéj rozciągłości, wtedy wycięcie klina z kreski z uwzględnieniem niepotrzebnego kaleczenia naczyń obok bieżących, a więc prowadząc cięcia na granicach chorego odcinka kreski nie na ślepo prostolinijnie, lecz wymijając kolana i zagięcia grubszych naczyń, nie można pozbawić dopływu krwi znaczniejszego odcinka kiszki, chyba żeby w wierzchołku wycinanego klina zmieniony gruczoł obejmował do około samą *art. ileocoecalis*. W jednym przypadku Bergmann znalazł gruczoły chłonne zwyrodnione na przestrzeni szerszéj niż długość odcinka kiszki, zajętego przez raka, dlatego też po wycięciu téj ostatniej nie wahał się poodcinać z końców jeszcze po 4 cm. tak, że razem część wycięta wyniosła 25 cm., a jednak zdołał dokonać enterorafii z pomyślnym skutkiem. W razach, gdzie nacieczenie rakowe zajmuje wszerz duży odcinek kreski, a wzdłuż sięga aż do korzenia, do kręgosłupa i wyżéj, byłoby bezcelową a niebezpieczną rzeczą wycinać taki kawał; natomiast w tych razach można poprzestać na jednem wskazaniu: t. j. wyciąć rakowato zwężoną część, pozostawiając kreskę rakowato zmienioną, gdyż i tak przez wycięcie jéj uratować chorego nie zdołamy. Zresztą czy po wyłuszczeniu gruczołów kreski, czy po wycięciu z niéj klina, a wogóle po podwiązaniu w niéj naczyń, należy baczną zwrócić uwagę na kiszkę, któréj odcinek pozbawiony dopływu krwi widocznie się zmienia, sinieje, a przy nacięciu nie krwawi krwią czerwoną. Na odwrót, jeżeli przy nacięciu kiszki, po uprzedniem wycięciu lub obkłuciu kreski, ściana jéj krwawi, możemy być spokojni, że końce nie obumrą. Wycinanie klina w kresce może odbywać się podobnie jak proste jéj odcięcie od jelita, albo przed powiązaniem, albo najprzód można w kierunku boków klina, macając palcami i określając okiem granicę zwyrodnienia rakowego, obkłuć kreskę, a potem część chorą wyciąć.

Następuje dalszy akt operacyi — przecięcie saméj kiszki. Wylewowi zawartości kiszkowéj zapobiegano w rozmaity sposób: jużto przez ściśnięcie jelita w odpowiednie zaciskadła, jużto przez związanie kiszki cienką rurką kauczukową, przewleczoną przez oczko zrobione na tępo w kresce. Jeżeli się operuje we właściwym czasie, (o czem będzie rzecz niżéj), wtedy zazwyczaj kanał kiszkowy jest porządnie opróżniony, nie ma wielkiéj obawy zalania pola operacyjnego (*resp.* jamy otrzewnéj), a przeto na trzymaniu w palcach asy-

stentów całkowicie można poprzestać, jak to słusznie radzi Koenig. Co najwyżéj, dość jest zawiązać jelito biodrowe, gdyż kiszka gruba wstępująca jest zawsze pusta i sklapnięta, lub zawiera kawałeczki spiekłego kału. Jeżeli jednak guza wyciągnąć z jamy brzusznéj nie można, jeżeli są zrosty, jeżeli przez chorobowe skurczenie się niema kreski (*Schrumpfung*) i trzeba wycięcie choréj części rozpocząć od przecięcia kiszki a potem przejść do głębszych części — wtedy należy podwiązać kiszkę. W tym celu najlepszą usługę oddawała mi grubsza nitka jedwabna lub katgut, do przewleczenia którego przez kreskę niepotrzeba dużéj dziury, jak dla rurki kauczukowej; chodzi oto, aby jelito umiarkowanie ścisnąć aby ściany nitką nie przerznąć. Na zarzut, że w ten sposób zgniata się w linii zawiązania ściana kiszki, zaraz odpowiadam, że przed samem zaszyciem kiszki t. j. już po zupełnem usunięciu wszystkiego, co chore, odcinam kawałki obu zawiązanych końców, poza ligaturami, tymczasem zaś podczas szycia ograniczam się do powierzenia jelita palcom asystenta. Podwiązki, czy to jedwabne czy kauczukowe, mają tę wyższość nad zaciskadłami, że nie zajmują miejsca, i nie mogą się ześlizgnąć podczas manipulacyi przy wycinaniu schorzałéj części.

Operacyja w przypadkach wolnych od zrostów jest żmudną lecz nie trudną; trudności rozpoczynają się dopiero, jeśli istnieją powikłania wynikające ze zmienionych stosunków choréj kiszki. Najpoważniejsze między niemi stanowią zrosty z powięzią m. biodrowego, które z jednéj strony przytwierdzając nieruchomo guz do dołu biodrowego, nie pozwalają na wyciągnięcie go z rany, z drugiéj zmuszają do bardzo trudnego preparowania nożem w okolicy, w której przebiegają naczynia biodrowe, oraz moczowód. Na te zrosty zwraca uwagę Billroth w swojem sprawozdaniu na kongresie berlińskiem [1]); w jednym przypadku zmuszony był wyciąć całą powięź biodrową. Podobne tęgie zrosty z powięzią i z wielkiemi naczyniami biodrowemi napotkał Kraussold, a Czerny z powodu nich preparując w zmienionéj tkance przeciął moczowód. W moim drugim przypadku nowotwór był na całéj przestrzeni tęgo i nieruchomo zrośnięty z *f. iliaca*, od której wypadło go odcinać nożem; na szczęście były to zrosty bliznowate, twarde modzelowate, ale bez nacieczeń rakowatych tak, że szczęśliwie udało się usunąć wszystko bez skaleczenia i podwiązania grubych pni biodrowych.

Drugą kategoryją zrostów stanowią zrosty z pętlicami kiszek oraz z innemi trzewami brzusznemi, jak z nerką (Maydl), z wątrobą, z nerką i z dwunastnicą (Czerny) z nerką, wątrobą i pęcherzykiem żółciowym (Czerny). Najczęściéj z guzem zrośnięta bywa kiszka gruba, a mianowicie *colon adscendens* i *transversum* (Riedel, Jones, mój przypadek wtóry), daléj pętlice jelita cienkiego (Durante, Koenig Maydl, Billroth). Zrosty tę są niekiedy tak tęgie i ścisłe, że nie pozostaje nic innego jak wyciąć kawałek zrośnięty z kiszki cienkiéj; Billroth był dwa razy w tem położeniu; obaj chorzy wyzdrowieli; Czerny w czterech przypadkach zmuszony był wykonać podwójną resekcyą kiszki [2]), nie wyszczególnia atoli, czy to było przy operacyi na kiszce ślepéj. W moim drugim przypadku zrost był nadzwyczaj tęgi zapomocą zbitéj twardéj lipochromem przetkanéj tkanki z poprzecznicą, którą jednakowoż udało mi się oddzielić nożem bez wycięcia jéj ściany. U chorego długi czas potem wymacać było można cylindryczne stwardnienie na poprzecznicy, które po roku uległo zanikowi.

Jeszcze bardziéj wikła się operacyja, gdy oprócz zrostów istnieją przetoki między chorą kiszką i pętlicami przyrosłemi, jak to było w jednym przypadku Czernego. Najmniejszego znaczenia są zrosty ze siecią, które należą do najzwyklejszych, w traktowaniu jednak swojem nie przedstawiają żadnych trudności. Natomiast nie mało zachodu sprowadzają przetoki kiszkowe skórne (Kraussold, Thiersch), nacieczenia rakowe w ścianie brzusznéj (Billroth) i rozlane zrosty w połączeniu z ropieniem (mój wtóry przypadek); nie dość, że utrudniają w wysokim stopniu zachowanie aseptyki, że przez zmatowanie guza ze ścianą przeszkadzają w szybkim oryjentowaniu się i przeciągają operacyję, lecz nadto w razie zajęcia skóry na znaczniejszéj rozciągłości, stają się powodem niemałéj trudności przy zamknięciu jamy brzusznéj; cienkie, słabo odżywiane, a nadto naciągnięte brzegi skóry w moim przypadku uległy zgorzeli, przedłużając bardzo znacznie gojenie i wpływając w ujemny sposób na leżącą pod niemi zeszytą kiszkę. Najgorsze powikłanie stanowi ślepa przetoka i ropienie za kątnicą, przy którem nieuchronnie następuje zakażenie rany, jak to było w jednym przypadku Czernego.

Wogóle na 29 przypadków wycięcia k. ślepéj, o któréj udało mi się zebrać bliższe szczegóły, poważne powikłania w rodzaju zrostów z dołem biodrowym, kiszkami, innemi trzewami lub ze ścianą brzuszną, zanotowano w 9 przypadkach.

Kiszka zmieniona wycięta, tkanki zwyrodnione usunięte — pierwsza część operacyi dokonana. Pozostaje obecnie pytanie, co robić z końcami przeciętéj kiszki. Na to pytanie istnieją w literaturze skrajnie rozchodzące się odpowiedzi, wytwarzając różnicę poglądów, zdaniem mojem, dziś przynajmnéj nieuzasadnioną. Rozstrzygnięcie tego pytania posiada pierwszorzędną doniosłości, dlatego zatrzymamy się nad niemi nieco dłużéj, niż nad innemi punktami tematu, Najprostszem i najnaturalniejszem rozwiązaniem jest z e s z y c i e przeciętéj kiszki (enterorhaphia). Zaledwie potrzebuję podnosić oczywiste zalety téj metody, która pozwala na zamknięcie jamy brzusznéj i sprowadza gojenie do kilku tygodni: efekt téj operacyi jest świetny, powrót do sił szybki, a uspokojenie moralne chorego natychmiastowe. W przypadku Bouillyego chory wstał po 15 dniach, w przypadku Suchiera po 17; w przyp. Maydla po 21, w moim pierwszym chory wstał 10 go dnia po operacyi: a wyjechał do domu 20 dnia itd.

Mimo tak świetnego wyniku w oddzielnych przypadkach, wielu poważnych operatorów przemawia za umieszczeniem końców przeciętéj kiszki w ranie brzusznéj, czyli za u t w o r z e n i e m s z t u c z n e j r z y c i (*anus praeternatural.*). Pierwszy Baum [1]), mając do czynienia ze zwężeniem rakowatem kiszki grubéj u człowieka bardzo osłabionego śród objawów *ileus*, nałożył najprzód przetokę kiszkową, a w 38 dni późniéj wyciął rakowaty odcinek, i w ten sposób wskazał najwłaściwszą drogę postępowania w przypadkach, w których do objawów zwężenia przewlekłego przyłączają się objawy ostrego zamknięcia przewodu kiszkowego. Maydl poszedł w tym kierunku nieco daléj, gdyż w jednym przypadku [2])

[1]) *Revue de Chirurgie* 1890. str. 834. — [2]) *Ueber Magen und Darmresectionen. Deut. m. Woch.* 1889, Nr. 45.

[1]) *Centralblatt f. Chir.* 1879 str. 169 Nr. 11. — [2]) *Ein Beitrag zur Darmchirurgie Wiener med. Presse* 1883 Nr. 13.

zwężenia rakowatego kiszki ślepéj, w którym nie było objawów *ileus*, wyciąwszy rakowatą część, wszył oba końce w ranę brzuszną, a w 63 dni późniéj przez powtórną operacyję połączył szwem światła jelita i wpuścił je do jamy brzusznéj. Uzasadnienie takiego postępowania wyłuszczył obszerniéj w innéj pracy o raku kiszki [1]), oraz w klinicznym odczycie [2]) z którego wyjmujemy pogląd autora: Możliwość miejscowéj recydywy po wycięciu raka kiszki czy to z saméj kiszki, czy z gruczołów kreskowych jest bardzo prawdopobną, a tem samem możliwe jest ponowne zwężenie, narażające chorego na powtórną operacyję, polegającą bądź na nowéj resekcyi i zeszyciu kiszki, bądź też na utworzeniu sztucznéj rzyci; w większości przypadków do konieczności téj przyjść może w ciągu pierwszego roku po pierwszéj operacyi. Otóż ażeby téj ewentualności uniknąć Maydl proponuje „w każdym przypadku“ resekcyi kiszki z powodu nowotworu złośliwego oba końce zeszyte ze sobą przyczepami kreskowemi umieścić w ranie brzusznéj. Chorego z rzycią sztuczną pozostawia się do roku, podczas którego ma się ujawnić recydywa miejscowa, lub uogólnienie. Jeśli do tego nie przyjdzie, i chory cieszy się dobrem zdrowiem, wtedy zależeć będzie od wieku, zajęcia, społecznego stanowiska pacyjenta, czy ma się przystąpić do enterorafii. Jeśli wszelako chory nie przywiązuje osobliwéj wagi do uwolnienia go od kalectwa, chirurgowi nie pozostaje nic innego tylko czekać. Pogląd ten bez zmiany powtórzył Maydl na Zjeździe Międzynarodowym [3]) w Berlinie.

W podobny sposób postąpił w jednym przypadku wycięcia rakowatego odcinka z S. romanum Volkmann [4]), nie wyłuszczył jednakowoż powodu, dla czego tak zrobił, wogóle tylko wspomina, że miejscowe stosunki wydały mu się nieprzyjającemi bezpośredniemu połączeniu i zeszyciu końców jelita. W kapitalnéj pracy, obejmującéj obszerne zestawienie 121 przypadków wycięcia kiszki dla rozmaitych wskazań, w téj liczbie 10 z powodu raka, Reichel [5]) rozebrawszy szczegółowo oba sposoby: wycięcie i natychmiastowe zeszycie, oraz utworzenie sztucznéj rzyci, przychodzi do wniosku przychylnego dla téj ostatniéj. Nie innego zdania jest autor powszechnie znanéj, pięknéj monografii o zaparciu kiszek, Treves [6]), który przedstawiwszy wszystkie trudności resekcyi i szwu kiszkowego przy zamknięciu jelit, konkluduje „iż po wycięciu kiszki powinno się zawsze ustanowić czasową sztuczną rzyć, odkładając zeszycie końców do póżniejszego okresu“.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Przyczynek do przebywania ciał obcych w jelicie.

Podał

Dr. Rosenblatt.

W miesiącu lutym roku zeszłego zgłosiła się do mnie do ambulatoryjum kobieta z dzieckiem 16-to miesięcznem, Stefcią W. z Nowéj Wsi, podając, iż dziecię to, bawiąc się centem miało go połknąć. Krzyk dziecięcia, dławienie i krztuszenie się, wsadzanie paluszka do gęby i wreszcie brak owego centa kazały się matce domyślać, co się wydarzyło.

[1]) *Ueber den Darmkrebs,* Wien 1883 str. 88. — [2]) *Ueber den gegenwärtigen Stand der Darmchirugie. Klinische Zeit- und Streitfragen* 1888. 10 *Heft* str. 374. — [3]) *Revue de Chirurgie,* 1890 str. 836. — [4]) *Centralb. f. Chir.* 1883 str. 153. — [5]) *Deutsche Zeitschrift f. Chirur.* 1883. — [6]) *Intestinal Obstrution and its treatment,* 1888, str. 490, str. 492.

Przybywa o poradę, bo dziecię jest wciąż niespokojnem, pokarmów stałych nie może wcale przełykać, przy płynnych się krztusi i „przy oddechu charczy“. Ponieważ u dziecka nie stwierdziłem nic nieprawidłowego prócz zaczerwienienia przełyku, nie mogącego wszakże wytłomaczyć owego faktycznie istniejącego utrudniania w połykaniu, odesłałem matkę z dzieckiem do jednego z kolegów chirurgów, ażeby zgłębnikiem zbadał połyk. Po tygodniu zgłosiła się matka znów z dziecięciem, opowiadając, iż nie miewa już żadnych przeszkód przy połykaniu, że jednakowoż cent dotychczas ze stolcem nie odszedł, a dziecko od czasu do czasu dostaje bólów, wije się, płacze i wskazuje na brzuszek, że go tu boli. Zaleciłem środek przeczyszczający i odpowiednią dyjetę i kazałem się po paru dniach zgłosić. Jednakże dopiero po kilku dalszych tygodniach zjawiła się matka w ambulatoryjum i podaje, że po przeczyszczeniu dziecko się uspokoiło, jadło i trawiło należycie, było wesołem, teraz zaś cierpi na zaparcie stolca, brzuszek mu się wzdyma i dostaje kolek. Nie widziała, ażeby cent był kiedykolwiek ze stolcem odszedł i przypuszcza, że może też i centa wtedy nie połknęło, że się gdzieś zapodział, a że może dziecko jest tylko „uchynięte“. Badanie i tym razem prócz wzdęcia brzuszka, stłumienia odgłosu wypukowego i miernéj bolesności za uciskiem w okolicy biodrowéj prawéj nic innego nie wykazało; język czysty, nie obłożony. Zaleciłem tym razem kalomel i przestrzeganie ściślejszéj dyjety. Z początkiem lipca, a zatem po przeszło trzech miesiącach, zjawia się znów matka z dzieckiem i ze stereotypową przemową: „Proszę pana, bo to to dziecko, co połknęło centa“. Zaparcie stolca utrzymuje się ciągle, nadto wymiotuje teraz dziecię bez wiadoméj przyczyny treść zielono-żółtą i dostaje napadów gwałtownego bólu brzucha, którego dotknąć się nie pozwala. Bywają jednak i dni całe, w których jest wesołem i spokojnem. Przypuszczając, iż powodem owych zaburzeń w przewodzie pokarmowym nic jest nic innego, jak nieodpowiednie odżywianie dziecka, a po części i uporczywe zaparcie stolca, tem więcéj, iż dziecię okazywało zboczenie krzywicze, nakazałem przedewszystkiem surowo przestrzegać poleconéj dyjety, poleciłem stosować systematyczne wlewanie wody do jelit sposobem Hegara, rozcierać brzuszek w sposób, jaki matce pokazałem, a na razie przepisałem znów proszki kalomelowe i okłady wysychające.

Pacyjentkę widziałem znów dopiero po powrocie moim z wycieczki wakacyjnéj, to jest w miesiącu wrześniu. 28-go września przywiozła ją matka do ambulatoryjum gorączkującą, z tętnem nikłem a nadzwyczaj przyspieszonem, zapadłemi oczami, cierpiącym wyrazem twarzy, znaczną bębnicą brzucha, przeczulicą i opowiada, iż podczas nieobecności mojéj dostawało dziecię coraz częściéj napadów kolki, że stolec następował tylko za użyciem środków przeczyszczających lub lewatyw, że wymioty pojawiały się częściéj i że z tego powodu szukała dla dziecięcia pomocy w szpitalu św. Ludwika, gdzie jednakowoż opowiadanie jéj o rzekomo połkniętym cencie przyjęto z wielkiem niedowierzaniem i rozpoznano tylko zepsucie żołądka. Stan dziecięcia zamiast się poprawić, wciąż się pogarszał, od czasu do czasu przystępowała gorączka kilka godzin lub czasem i dni trwająca, wymioty nie ustawały a stolce już nawet i za pomocą środków przeczyszczających bardzo trudno i tylko co kilka dni odchodzące przybrały stale barwę czarną. Dopiero w ostatnich dniach ustały wymioty, a pojawiły się stolce zielone i flegmiste. Po kilku dniach, wśród których dziecię zachowywało się spokojnie a miało się względnie dobrze, poczęło nagle 26-go września rano wymiotować, wnet wystąpiła gorączka i czkawka, które cały dzień trwały, a w nocy dostało dziecię drgawek ogólnych. Drgawki trwać miały dwie godziny, potem w ciągu nocy i następnego rana powtórzyły się jeszcze kilka razy, lecz trwały za każdym razem już tylko krótko. Od tego czasu więcéj drgawek nie miało, oprzytomniało, lecz jęczy, gorączkuje i dotknąć się nie pozwala. Badanie i tym razem nic wykazało nic nieprawidłowego w narządach klatki piersio-

wéj, o ile zaś brzuszek można było zbadać, stwierdziłem dość rozległe stłumienie odgłosu wypukowego ponad dolną częścią brzucha, a najwięcéj nad zatoką biodrową prawą. Oświadczywszy matce, iż stan dziecka uważam za bardzo groźny, zaleciłem okłady zimne na brzuszek, spokój bezwzględny, podawanie środków podniecających, przepisałem proszki Dowera i poleciłem, w razie gdyby stolca nie było a brzuszek więcéj się wzdymał, raz jeden a ostrożnie zaaplikować lewatywę sposobem Hegara.

30-go września przybywa matka bez dziecięcia i przynosi centa prawie całkiem czarnego, z wyjątkiem jednéj części krawędzi mającéj połysk metaliczny, o rysunku zupełnie zatartym a powierzchni chropowatéj, wskutek grubego czarnego osadu, jako *corpus delicti*, które po zastosowaniu lewatywy u dziecięcia z łatwością zostało wydzielone. Dziecka nie przyniosła, ponieważ stan jego jest taki sam jak 28-go. Nie wymiotuje wprawdzie lecz gorączkuje, ma wielkie pragnienie, jęczy, brzuch daléj wzdęty a bolesność może jeszcze większa niż była. Gdy nazajutrz matka więcéj się nie zgłosiła, choć poleciłem jéj, ażeby mnie o dalszym stanie dziecka poinformowała, zaciekawiony przypadkiem pisałem jeszcze do niéj, lecz czy to dlatego, że bliższego adresu nie byłem w stanie podać, czy też dlatego, że może dziecię już zmarło, więcéj kobiety téj nie widziałem i o losach dziecka niczego więcéj dowiedzieć się nie mogłem.

Bądź co bądź, pewnym jest fakt, iż cent połknięty przez dziecko przebywał prawie 7½ miesięcy w przewodzie pokarmowym. Tak długo trwała obecność ciała obcego w jelicie, a tem więcéj ciała okrągłego o brzegach gładkich, jakiem jest cent, przytrafia się dość rzadko; przypadek ten posłużyć może za dowód, że miedź metaliczna pozostawać może bardzo długi czas w narządzie pokarmowym, nie wywolując objawów zatrucia, boć objawy przez nas zauważone żadną miarą nie zależały od własności chemicznych centa, lecz tylko od własności mechanicznych. Obecność jego tylko wtedy dała się we znaki, gdy cent uwięznął w którem z ciasnych miejsc przewodu pokarmowego i mechanicznie ściany drażnił, lub też gdy stał na zawadzie swobodnemu posuwaniu się zawartości jelita. I tak uspokoiło się dziecię, gdy cent zepchnięty został z połyku do żołądka, wystąpiły objawy ponownie, gdy z żołądka przedostawał się do dwunastnicy, poczem nastąpił okres spokoju, aż cent znów osiadł w jelicie ślepem i dłuższym swoim uciskiem dał powód do powstania zapalenia na razie ograniczonego *perityphlitis*, a w dalszéj części zapalenia ogólnego otrzewny *peritonitis*.

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Prof. W. Jaworski: **Kilka słów o zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim.**

Materyjał, którym autor rozporządzał, obejmuje 44 przypadki chorych z objawami dyspeptycznemi z lecznicy Dra Turbana w Davos (1576 m nad poziom morza), dotkniętych nadto po większéj części gruźlicą płuc; niektórzy chorzy okazywali nadto mniejsze lub większe objawy hysteryi, hypochondryi lub neurastenii. Zdawaćby się mogło, że nad miarę obfita dyjeta używana w lecznicy nie może w takich razach działać korzystnie, a jednak na 44 chorych u 30 po niezbyt długim czasie objawy dyspepsyi ustąpiły zupełnie, u 9 znacznie zmalały, u 5 tylko nie uległy zmianie. U wszystkich, z wyjątkiem jednego chorego, notowano przybytek ciężaru ciała od 1 do 15·5 klg. dochodzący.

Zastanawiając się nad działającemi czynnikami, przychodzi autor do wniosku, że wpływ ten korzystny przypisać należy przedewszystkiem pobudzeniu nerwowemu, przyspieszeniu akcyi serca i zwiększeniu liczby oddechów, a zwłaszcza zwiększonemu wydzielaniu wody i żywszéj przemianie materyi, wywołanéj górskiem powietrzem, o znacznie niższem ciśnieniu, aniżeli je wykazuje powietrze nizin, zkąd po największéj części chorzy przybywają. Idące zaś w parze z temi zmianami lepsze odżywienie tkanin udziela się i narządowi trawienia: błona mięsna żołądka działa energiczniéj i skuteczniéj, wydala treść pokarmową, a czynność gruczołów trawieńcowych wraca do prawidłowego stanu. Odpierając możebny zarzut, że większa część chorych była równocześnie dotknięta gruźlicą płuc, i że znikanie a względnie zmniejszanie się objawów niestrawności zależało od poprawy w zakresie narządu oddechowego, zaznacza autor, że liczne badania narządu trawienia u osób chorych na gruźlicę nie upoważniają do czynienia wniosków co do związku objawów dyspeptycznych z gruźlicą i że zupełnie na równi traktować je należy z zaburzeniami trawienia istniejącemi u osób wolnych od jakichkolwiek innych chorób.

Cała rozprawa zwięźle i treściwie napisana stanowi cenny przyczynek do leczenia klimatycznego zboczeń w trawieniu, tembardziéj, że dotychczas nie posiadamy w literaturze naszéj pracy o wpływie klimatycznego leczenia na choroby narządu trawienia. (*Gazeta Lek*, Nr. 19. 1892).

Dr. L. Korczyński.

Choroby skórne i weneryczne.

Schiff (Wiedeń): **Choroby uwłosienia głowy.**

Schiff zwraca uwagę, że choroby skórne zajmujące uwłosienie głowy, nawet identyczne z chorobami skóry nie pokrytéj włosami, tu przedstawiają odmienny obraz. Mniéj lub więcéj wszystkie choroby skórne mogą zajmować tę część głowy. Autor wylicza wszystkie grupy chorób, opisuje ich wejrzenie na czaszce, a zaczyna opis od chorób zakaźnych, ostrych.

W róży skóra czaszki jest obrzmiałą, włosy wypadają z powodu surowiczego przesiąknięcia torebek włosowych. Leczenie: okłady sublimatowe (1 : 1000). Gruźlica występuje w postaci owrzodzeń, pokrytych granulacyjami tu i owdzie serowato nacieklemi Brzegi wrzodów podminowane i zębate. Ze zmian kiłowych zasługuje przedewszystkiem na uwagę *roseola syphilitica*. Sprowadza ona najczęściéj łysinę i zamienić się może na guziczkową i pęcherzykową. Kilaki przybierają i na skórze głowy postać okrągło nerkowatą i rozszerzają się w kształcie girland. *Erythema* przebiega zupełnie w ten sam sposób, jak na nie porośniętéj skórze. Wyprysk występuje również ostro lub przewlekle. Najpierw występuje zaczerwienienie, następnie wytwarzają się guziczki i pęcherzyki, które pękają wydzielając surowicę. Porządek ten objawów najlepiéj obserwować można u dzieci. Leczenie: odmoknięcie strupów najlepiej oliwą, ogolenie, następnie zmywanie mydłem Hebry. Po osuszeniu pędzlowanie dziegciem. *Acne rosacea*, jakoteż *lupus*, jeżeli się usadowią na głowie, najlepiéj leczyć łyżeczką ostrą, lub termokauterem. *Ichtyosis* występuje zawsze w postaci rozlanéj na całem ciele. *Seborrhoe* objawia się w postaci nadmiernéj produkcyi łoju gruczołowego sprowadzając swędzenie i wyprysk. Leczenie polega na namydlaniu głowy. *Alopecia senilis* i *praesenilis* ma za podstawę trofoneurozę, *alopecia pityrodes* bywa następstwem łuszczenia się przyskórka, skutkiem czego zmieniają się stosunki odżywcze w warstwach górnych skóry. *Vitiligo* może być wrodzone, lub też może mieć przyczynę nerwową Wśród chorób uwłosienia głowy nie ma ani jednéj, którąby i na innych częściach skóry nie występowała; Wyjątek z tego stanowią tylko dwa cierpienia samychże włosów: *Trichorrhexis nodosa* i *Scissura pilorum*, cierpienia polegające na rozwoju właściwych pasorzytów roślinnych. Na końcu wspomina autor, że *pediculi capitis* u ludzi stanowią zupełnie odrębny, u zwierząt dotychczas nie znaleziony gatunek. (*Wr. med. Wschrft.* Nr. 4. 1892).

W. Jamieson: **Antymon w leczeniu chorób skórnych.**

Antymon działa, podobnie jak pilokarpina, pobudzająco na gruczoły potne, podnosi odżywienie skóry i wpływa korzystnie na wzrost podściółki tłuszczowéj. Przekrwienia znosi, przyspiesza wessanie wypociny, i wzmacnia warstwę przyskórkową. J. podawał antymon w przypadkach *dermatitis exfoliativa*, *bullosa* i w wypryskach ostrych. Zastępuje antymonem arszenik w przypadkach, w których ostatni chorzy

ile znoszą i opisuje przypadek *lichen ruber*, który dopiero przez podawanie antymonu zdołał wyleczyć. (*Mh. f. D.* Nr. 12, 1891.) *Dr. Mendelsburg.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 27 kwietnia 1892.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 43. Jako gość obecny: kol. Dr. Zaremba z Poznańskiego.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Obaliński uzupełniając demonstracyję nowotworu, przedstawionego na jednem z poprzednich posiedzeń, podaje iż usunął nowotwór drogą operacyjną, przyczem nadmienia, iż chory ma się dobrze; odnośne preparaty drobnowidowe okaże wspólnie z kol. Browiczem na najbliższem posiedzeniu.

3) Kol. Gluziński wygłosił drugą część swego odczytu o błednicy. Rzecz ta jest ogłoszona w „Przeglądzie Lekarskim".

W dyskusyi zabiera głos kol. Korczyński i stwierdza, że zapatrywania prelegenta, iż błednica jest oligochromemią, odpowiada dzisiejszemu stanowisku nauki, jakkolwiek nie wszyscy się na to zgadzają. Obok 3 objawów stałych ze strony krwi, t. j. oligochromemii, oligocythemii i hydremii, spotykamy się w ciężkich postaciach błednicy z innemi, jak: zbyt mała alkalescencyja krwi, leukocytemia, poikilocitosis; są i takie formy ciężkiéj błednicy, gdzie niema anemii, a dodać tu należy spostrzegane przez Browicza ciałka ruszające się, daléj dziurkowate ciałka Hayema o postaciach wakuolowych z ruchami ameboidalnemi nie barwiące się eozyną, wreszcie przypadki ciężkiéj błednicy z ciałkami czerwonemi jądrzastemi — słowem spotykamy się z wielką liczbą postaci klinicznie podobnych ale anatomicznie różnych. Co do podziału wprowadzonego przez prelegenta, zaznacza mówca, iż dążność ta grupowania objawów klinicznych w pewne typy jest bardzo praktyczną szczególnie ze względów dydaktycznych, a trzymają się tego autorowie francuscy. W błednicy odróżnia Jaccoud jeszcze więcéj typów; mówca dodałby ich również kilka, opierając się na tem, że błednica występuje niejednokrotnie jako objaw innego cierpienia, np. w następstwie zbyt obfitéj miesiączki, lub podstawą błednicy jest histeryja lub wreszcie przyczyna błednicy leży w wadliwem trawieniu; w tych też przypadkach i leczenie musi być odmienne — podawanie żelaza n. p. nie daje żadnych wyników w histeryi, złem trawieniu itp. — radzi więc w etyjologii błednicy uwzględnić, że z wyjątkiem typu sercowego błednica może być wynikiem innego cierpienia. Mówca radziłby nadto oddzielić błednicę dobrotliwą od złośliwéj, występują tu bowiem różnice pod względem objawów anatomicznych i klinicznych, jak podwyższona ciepłota, obrzęki gruczołów limfatycznych i śledziony, w któréj formie najlepiéj działa arsen. Błednicę nabytą i wrodzoną należy w tem znaczeniu pojmować, że w téj ostatniéj są w ustroju warunki do powstania błednicy. Co do leczenia poleca przedewszystkiem uwzględniać indywidualność w wyborze środków leczniczych, nie jest też przeciwnikiem forsownego żywienia, które kol. Prelegent w wielu przypadkach potępia.

Kol. Gluziński zaznacza w odpowiedzi, iż na pomnożenie liczby typów nie może się zgodzić, ponieważ wszelkie inne dają się tu podciągnąć, a miał na myśli przypadki jedynie czystéj błednicy, która występuje samoistnie, nie jako objaw. Zastrzega się co do poglądów na forsowne żywienie, tłómacząc, iż potępia tylko nadużywanie tegoż, zwłaszcza w przypadkach błednicy z towarzyszącemi objawami dyspeptycznemi.

4) Kol. Trzebicky okazał preparat pochodzący od mężczyzny lat około 60 liczącego, cierpiącego już od lat kilkunastu na przepuklinę udową lewą wolną. Objawy niedrożności pochodzące od inkarceracyi przepukliny trwały 3 dni. Badanie wykazało przepuklinę udową wielkości jaja kurzego uwięźniętą. Przy herniotomii wykonanéj w sposób typowy bez wszelkich powikłań skonstatowano po dokonaniu przecięcia pierścienia uciskającego, że kawał ściany pętli, odpowiadający swą wielkością rozmiarom półcenta w miejscu inkarceracyi, był podejrzany o zgorzel. Gdy reszta kiszki była zupełnie zdrową, wpuklono miejsce podejrzane ku światłu kiszki i zespojono ściany jelita w 2 fałdy poprzeczne ponad niem. Repozycyja jelita udała się nader łatwo a palec wprowadzony do kanału udowego końcem swym mógł się swobodnie poruszać wśród jamy dużéj, jelita zawierającéj. Po operacyi wymioty ustąpiły zupełnie, wiatry od czasu do czasu odchodziły, a pacyjent podmiotowo czuł się wcale dobrze. Po upływie 24 godzin po operacyi nastąpiło zatrzymanie wiatrów i stolca wśród zupełnéj euforyi pacyjenta. Gdy jednakże z końcem 2-giéj doby wśród utrzymujących się objawów niedrożności, mimo podania środków przeczyszczających, pojawiło się wzdęcie brzucha, a na powłokach od czasu do czasu poczęły się zarysowywać silne ruchy perystaltyczne, wykonano laparotomiję w linii białéj. Przyczyną niedrożności było przyrośnięcie pętli w miejscu szwu jelitowego do ścian jamy popod otrzewną w sąsiedztwie kanału udowego i następowe kątowate zagięcie jelita. Repozycyja, jak teraz można się było przekonać, nie odbyła się była do jamy brzusznéj, lecz tylko do jamy pod otrzewną się znajdującéj. Po oswobodzeniu jelita wprowadzono je do jamy brzusznéj i zespojono jamę laparotomijną. Objawy niedrożności ustąpiły zupełnie; pacyjent jednak wśród wzmagających się objawów zapalenia otrzewny, już pośród laparotomii skonstatowanych, w niespełna 24 godzin życie zakończył. Sekcyja wykazała obecność jamy wielkości przeszło pięści dorosłego mężczyzny pod otrzewną, komunikującéj z kanałem udowym. Co do chwili powstania téj jamy trudno stanowcze powziąć zdanie, to jednak pewna, że wobec nader prostych i łatwych stosunków przy herniotomii niepodobna przypuszczać, aby jama ta została sztucznie podczas herniotomii stworzoną.

Prelegent na podstawie dopiero co opisanego przypadku i licznych obserwacyj dawniejszych uważa dotychczasowy sposób wykonania herniotomii, a zwłaszcza tak zw. *debridement* „po omacku" za nieodpowiedni. Jedynie tylko w przypadkach przepuklin świeżych i od krótkiego czasu dopiero uwięźniętych metody téj będzie używał, we wszystkich innych przypadkach lepiéj usłuchać rady Mikulicza i operować drogą otwartą i jasną za pomocą laparotomii i przecięcia pierścienia inkarcerującego od strony jamy brzusznéj.

W dyskusyi zaznacza kol. Obaliński to, co zresztą już dawniéj niejednokrotnie podnosił, iż stary sposób leczenia operacyjnego przepuklin pachwinowych należy porzucić a zastąpić go laparotomiją. Przypadek kol. Trzebickiego utwierdził go w tem mniemaniu, bo to co prelegentowi się przydarzyło w opisanym przez niego przypadku, zdarza się w udowych przepuklinach wprawdzie rzadko, ale w pachwinowych bardzo często. Mówca ma już około 60 przypadków przepuklin operowanych sposobem Bassiniego z wynikiem zadowalającym.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Jan Opieński.*

VII. II. Zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie.

Podał

Dr. Ferdynand Obtułowicz,

c. k. lekarz powiatowy we Lwowie.

Podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie wyłoniła się myśl szczęśliwa i natychmiast w czyn zamieniona, aby i lekarze powiatowi w swem gronie roztrząsali kwestyje dotyczące swego zawodu, oraz przynajmniéj raz do roku zastanowili się nad bieżącemi sprawami sanitarnemi, obchodzącemi nietylko ogół lekarzy, ale dotykającemi żywotnych interesów całego kraju.

Wówczas też uchwalono jednogłośnie trzy rezolucyje, a mianowicie: 1) że zjazdy lekarzy powiatowych mają się odbywać corocznie; 2) że rzeczą jest koniecznie pożądaną, aby celem dostarczania krowianki niezawodnéj dla lekarzy szczepiących, urządzono zakład krowiankowy krajowy lub państwowy, i aby już obecnie wykonywano ścisłą kontrolę nad zakładami krowiankowemi i 3) aby rząd postarał się o urządzenie kursów naukowych dla lekarzy powiatowych,

któreby ich obznajamiały z postępami higijeny i najnowszemi zdobyczami na polu bakteryjologii i policyi sanitarnéj.

Przygotowania do drugiego Zjazdu poruczono protomedykowi Dr. Merunowiczowi, jako przewodniczącemu, i Dr. Obtułowiczowi, jako sekretarzowi zjazdu.

W porozumieniu z radzcą Dr. Casiną i kol. Dr. Barzyckim ułożono cały szereg tematów przeznaczonych do dyskusyi na dzień 30 kwietnia r. b., zaproszono wszystkich lekarzy powiatowych z kraju całego, oraz zaproszono członków krajowéj Rady zdrowia, fizyków miast stołecznych, tudzież lekarzy interesujących się sanitarnemi sprawami kraju naszego.

Zjazd sam wypadł nadspodziewanie świetnie, a grono lekarskie było tak liczne, że dość wielka sala Towarzystwa lekarskiego we Lwowie okazała się za szczupłą, aby mogła pomieścić wygodnie przedstawicieli zebranych ze wszystkich zakątków naszego rozległego kraju.

Uczonemu zastępowi dodawały blasku imiona lekarzy znane jużto w świecie naukowym lekarskim, jużto znów zaszczytnie zapisane na szerszéj arenie publicznéj działalności, a obecność JE. pana Namiestnika przez pierwszą połowę posiedzenia i żywe zainteresowanie się tego dostojnika rozprawami mającemi dobro kraju na celu, podniosła bardzo uroczysty nastrój zgromadzenia, oraz dodała wagi wyczerpującym dyskusyjom nad referatami pierwszorzędnéj wagi.

Na przewodniczącego posiedzenia powołano przez aklamacyję protomedyka Dra Merunowicza, na jego zastępcę radzcę Dra Cassinę, na sekretarza Dra Obtułowicza.

Po odczytaniu rezolucyj powyżéj wzmiankowanych, a uchwalonych na pierwszym zjeździe w roku ubiegłym, oraz po uchwaleniu regulaminu obrad, odczytał przewodniczący Dr. Merunowicz list Dra Jordana, w którym zasłużony redaktor „przewodnika hygijenicznego“ uprasza o popieranie celów towarzystwa hygijenicznego i organu tegoż w Krakowie, a to przez przystępowanie do grona członków tegoż towarzystwa tudzież przez jednanie jak największéj liczby członków czynnych; następnie w imieniu Dra Jordana uprasza również o dalsze rozpowszechnianie znanéj z praktyczności, cennéj broszury prof. Dra Jakubowskiego „o pielęgnowaniu niemowląt“. Nadto przewodniczący uprasza zgromadzonych lekarzy, aby zachęcali aptekarzy w swych powiatach do prenumeraty dzieła wydawanego przez magistra farmacyi Wilhelma Zajączkowskiego: a) komentarz do 7-go wydania farmakopei austryjackiéj, b) Lexicon synonimorum pharmaceuticorum.

Obrady rozpoczął Dr. Cassina od odczytania swego wyczerpującego sprawozdania o szczepieniu ochronnem za pomocą krowianki, o jakości krowianki dostarczanej przez 4 zakłady krowiankowe dotąd w kraju istniejące, o przykrych zawodach na jakie są narażeni lekarze przeprowadzający szczepienie, zwłaszcza zaś dokonywający szczepienia z konieczności w czasie przykréj pory zimowéj od chaty do chaty, jeżeli krowianka nie jest należycie wypróbowaną i zawodzi w spodziewanych skutkach, — a referat zakończył rezolucyjami wykazującemi potrzebę: 1) zaprowadzenia przymusu pod względem szczepienia, oraz 2) utworzenia zakładu krowiankowego państwowego, któryby lekarzom dostarczał wypróbowanéj, niezawodnéj krowianki, wytwarzającéj najpewniejszą ochronę przed ospą rodzimą.

Rezolucyje te uchwalono przeważną większością głosów po przeprowadzeniu nader wyczerpującéj dyskusyi, w któréj zabierali głos liczni lekarze powiatowi, tudzież obecni właściciele zakładów krowiankowych. Dr. Obtułowicz na podstawie szczepienia z konieczności, przeprowadzonego téj zimy w Sokolnikach powiatu lwowskiego, dowodzi, że wyborna krowianka jest najdzielniejszym środkiem do szybkiego stłumienia epidemij ospowych, a taką była krowianka z zakładu Dra Riegera i Kretowicza, która zebrana z końcem września 1891 jeszcze w kwietniu 1892 wykazywała 100% wyników pomyślnych, oraz domaga się, aby przynajmniéj 2 ranki powierzchowne robiono za pomocą lancetu na ramieniu każdego dziecka, a jeżeli jedna krosta tylko się przyjmie, zaraz z téj krosty szczepiono w drugiem miejscu, jak to regulamin pruski nakazuje, — tudzież aby lekarze powiatowi nietylko przy sposobności, ale i umyślnie dojeżdżali celem kontroli, do okręgów przydzielonych do szczepienia innym lekarzom, zwłaszcza jeżeli rezultaty szczepienia w tych okręgach nie są zbyt świetnemi; a w końcu gorąco popiera sprawę utworzenia zakładu krowiankowego państwowego, za czem przemawiają również Drowie Werner, Rosner, Marynowski, Gładyszowski, Rosenbusch, Barzycki, Tarnawski i i.

Dr. Tarnawski przemawia za utworzeniem takiegoż zakładu w okolicach podgórskich, gdzie bydło jest zdrowe i wolne od grużlicy; Dr. Barzycki wykazuje trudności w obdarzaniu świadectwami szczepionych dzieci włościańskich, gdyż świadectwa te zazwyczaj po latach ulegają zniszczeniu i t. d.

W końcu Dr. Cassina wykazuje konieczną potrzebę zaprowadzenia zmiany w przyznawaniu wynagrodzenia lekarzom za szczepienie dokonywane z konieczności, bo nie jest to rzeczą obojętną, czy się chodzi od chaty do chaty, czy też ma się dzieci w jednym lokalu zgromadzone i bez straty czasu, oraz bez nader żmudnéj i męczącéj pracy, potrafi się przeprowadzać wygodnie szczepienie.

Oczywiście i tę rezolucyję uchwalono jednogłośnie.

(Dokończenie nastąpi).

Listy z Paryża.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20.)

II.

Paryż d. 13/IV. 1892.

Dzięki głównie uprzejmości Dra Soqueta, który jest zarazem „Médecin Expert prés le Tribunal premiere instance de la Seine“ mogę przesłać opis „Morgue“, która przedstawia wiele ciekawych szczegółów. „Morgue“ sięga początku 17. stulecia i wtedy znajdowała się w podziemiach zamku „Chatellet.“ W r. 1864 zbudowano tę, któréj krótki opis chcę przesłać.

Prosty ten parterowy, podłużny budynek położony nad samym brzegiem Sekwany, znajduje się w pobliży kościoła „Notre-Dame.“ Część jego środkową zajmuje „exposition.“ Po przejściu przez jednę z wielkich 3 bram doń prowadzących, znajdujemy się w obszernym przedsionku. Nad drzwiami po lewéj stronie czytamy „Greffe“ (bióro Morgue), po prawéj napis „Surveillants.“ Na ścianach przedsionka umieszczono 4. napisy: Préfecture de Police. Avis au Public. La public est invité a faire au bureau du Greffe à la Morgue la déclaration du nom des individus qu'il pourrait reconnaitre. Cette declaration n'entraine aucun frais de la part des étrangers, des amis ou de la famille même de défunt. Elle est tout gratuite. W poprzek przedsionka znajduje się ściana z desek, na któréj umieszczono fotografije ofiar już pochowanych, a nie rozpoznanych, jak równie różne piśmienne objaśnienia. Ściana ta zarazem zasłania wystawione zwłoki (od widoku na zewnątrz). Tylna ściana przedsionka cała szklana oddziela takowy od właściwéj „salle d'exposition.“ W niéj znajduje się 12 stołów, służących do wystawienia zwłok. Na tylnéj części stołu znajduje się rodzaj podniesienia celem umieszczenia w ten sposób głowy trupa, by była dobrze widzialną dla licznie tu napływającéj publiczności. Zwłoki leżą w ubraniach, w jakich je znaleziono, przedmioty więcéj uderzające, jak krawatki, zegarki i t. p. spoczywają na zwłokach. Obok zwłok na wiszadłach widać ubrania ofiar już pochowanych, nierozpoznanych. Często przy pomocy tych ubrań odbywają się zeznania i rozpoznania w „Greffe“. Do „salle d'exposition“ od tyłu z oknami na Sekwanę przytyka sala zmarłych, w któréj składane bywają w pierwszéj chwil przywiezione zwłoki i stąd w miarę, czy ofiara jest znaną lub nie, przeniesione do sali sekcyj lub do „salle d'exposition.“ Naturalnie zwłoki, których rozkład postąpił tak daleko, że o rozpoznaniu mowy być nie może, nie bywają równie wystawione. Sala sekcyj sądowo lekarskich jest zarazem salą wykładową (wykłady praktyczne). Nie większa

jak nasza, z urządzeniem amfiteatralnem, nie przedstawia nic osobliwego. Prof Brouardel miewa tu wykład tylko raz na tydzień. (Wykłady teoretyczne odbywają się w innem zabudowaniu). Dla uzupełnienia opisu ubikacyj dodać wypada, że znajduje się w „Morgue“ mały pokoik dla zdjęć fotograficznych. Po lewéj ręce bocznego wejścia prowadzącego do sali autopsyj natrafiamy na „salle des magistrats“. W pięknym tym zielonym salonie, jeden szczegół: oto u spodu krzeseł imiona głośnych morderców; czytałem „Troppmann, Prevost, Moyaux, zwyczaj pielęgnowany przez garsonów „Morgue.“ Po bokach „Morgue“ 2 bramy dla transportu zwłok. Morgue przyjmuje zwłoki z Paryża i miejscowości sąsiednich, należących pod nadzór „prefecture de police.“ Protokóły zeznawcze odbywają się w „Greffe“, w skład którego wchodzą: médecin-inspecteur (prof. Brouardel), dwaj „médecin sous inspecteur,“ „greffier“ (pisarz sądowy) i „commis-greffier“. Zeznania odbywają się przy pomocy bądź samych zwłok, fotografij, ubiorów, lub szczegółowych opisów. W „salle d'exposition“ utrzymywaną jest stała ciepłota, mniéj lub więcéj kolo 0°. Aparaty oziębiające skonstruowane zostały według projektu Mignona i Rouarta i to dopiero od może 10 lat. Koszta, jakie pociąga za sobą utrzymanie téj ciepłoty, wynoszą około 20 fr. dziennie. Jak długo zwłoki bywają wystawione, nie umiem podać, widziałem zwłoki wystawione przez 2 tygodnie. Inhumacyja nie może się odbyć jak tylko za zezwoleniem prefektury policyi. Co do materyjału „Morgue“ to składa on się przedewszystkiem ze zwłok, wydobytych ze Sekwany, nagle zmarłych, dzieciobójstw i t. p. Zwłoki notorycznych samobójców w całéj Francyi nie podlegają sekcyi sądowo-lekarskiéj. Materyjał jest duży np. w r. 1882 przyjęła „Morgue“ około 1500 zwłok, od tego czasu wzrósł on niezawodnie znacznie. O ile mnie Dr. Soquet objaśnial, istnieje plan dla nowéj „Morgue“ tego rodzaju, że właściwą „Morgue“ będzie stanowić sama „salle d'exposition“. Reszta ubikacyj a więc: sala sekcyj, laboratoryjum chemiczne, dla badań mikroskopowych i t. d., ma być umieszczona w budynku osobnym medycyny sądowéj. Tak odosobniona „Morgue“ ma być połączona za pomocą kanału z instytutem medycyny sądowéj, dla transportu zwłok i oszczędzenia publiczności niemiłego widoku ich przewozu.

(C. d. n.) *Dr. Borzęcki.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 maja. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

W artykule swoim, obecnie drukującym się w „Przeglądzie Lek.“, pomieściłem w spostrzeżeniu I-em, dotyczącem p. Ł. fabrykanta z Częstochowy, anamnezę, według tego jak mi ją chory opowiedział; tymczasem od p. Dra Bulikowskiego z Gleichenberga dowiedziałem się kilku szczegółów, które o tyle zmieniają podany opis, że rozpoznanie raka uczynione było na podstawie bliższéj obserwacyi już w jesieni 1888 r., przez Dra Bulikowskiego, który nalegał najusilniéj, żeby chory już wówczas poddał się operacyi. Tymczasem, jak to bywa często, chory czując poprawę, a nieznajdując potwierdzenia djagnozy w zdaniu innych lekarzy, których radził się w Wiedniu, wolał pojechać do domu, odwlekając to, co oddawna było koniecznem. Racz Sz. Panie Redaktorze pomieścić to uzupełnienie itd.

21/V 1892. *Matlakowski.*

* Jak donosi *Berl. klin. Woch.*, rodak nasz Dr. Heryng nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry w Wydziale lek. w Insbruku.

* Właściciel i kierownik zakładu leczniczego w Vöslau-Gainfahrn koło Wiednia Dr. S. Friedmann prosi nas o zakomunikowanie, że przyjął drugiego kierownika, syna swego Dra Teodora Friedmanna.

* W tygodniu 19-tym (od 8—14 maja) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 77, skonów 57, z tych z zapalenia płuc 13, z gruźlicy 8, z nieżytu żołądka i jelit 7, z dławca i błonicy 4.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Potwierdzeni zostali przez Ministerstwo. Dr. Stefan Bernheimer jako docent okulistyki we Wiedniu, a w Budapeszcie jako docent chirurgii Dr. Haberern, jako docenci ginekologii Drowie Dirner, Várs ony, wreszcie jako docent dentystyki Dr. Rothmann.

* **Odznaczenia.** Prof. Thiersch w Lipsku przy sposobności jubileuszu swego 70-letniego otrzymał order zasługi św. Michała 1-éj kl. i mianowany został tajnym radzcą. Rodak nasz Dr. Zakrzewski w Alepie otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. Lekarz sztabowy 1-éj kl. Dr. Wilhelm Tonner w Przemyślu przechodząc w stan spoczynku otrzymał order Korony żelaznéj 3-éj kl.

* **Zmarli:** w Warszawie profesor zoologii i anatomii porównawczéj August Wrześniowski, w Mcranie Dr. Maksym. Leśnik z Suwałk, licząc lat 34. (*Gaz. Lek.*)

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 17: Higiera: Kilka słów dotyczących fizyjol. czynności rdzenia (dok.): Bączkiewicza: Notatki kazuistyczne z ambulat. dla dzieci w szpitalu św. Ducha w Warszawie. — W *Zdrowiu* Nr. 79: Majewskiego i Bukowskiego: o metodach oznaczania procentowości tłuszczu w mleku; Szwajcera i Rembelińskiego: O szpitalu zapasowym w Warszawie. — W *Gazecie lek.* Nr. 18: Rychlińskiego: Przyczynek do nauki o ostrych psychozach; Mizerskiego i Nenckiego: Przegląd krytyczny sposobów oznaczania zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym (dok.), Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie w r. 1889 (dok.). — W *Medycynie* Nr. 18: Biegańskiego: O bredzeniu pogorączkowem w przebiegu chorób zakaźnych; Bączkiewicza: Notatki kazuistyczne z ambulatoryjum dla dzieci w szpitalu św. Ducha w Warszawie (dok.). — W *Gazecie lek.* Nr. 19: Jaworskiego: O zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim; Harajewicza: Przypadek poronienia przewlekłego leczony metodą Apostoliego: Rychlińskiego: Przyczynek do nauki o ostrych psychozach (dok.); Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie 1889 (dok.). W *Medycynie* Nr. 19: Bujasińskiego: Otrucie esencyją octową resp. kw. octowym; Biegańskiego: O bredzeniu pogorączkowem w przebiegu chorób zakaźnych (dok.): — W *Gazecie lek.* Nr. 20: Mutermilcha: Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy; Mierczyńskiego: O znaczeniu prób Günzberga i Boasa; Higiera: Przypadek apopleksyi historycznéj; Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w Warszawie w r. 1889 (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 20: Grünbauma: Dwa przypadki ropnia podprzeponowego; Dobrzyckiego: Sławuta w r. 1891.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 1 czerwca o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) kol. Kryński mówić będzie „o zawartości komórek rakowych“ i okaże preparaty mikroskopowe; 2) kol. Wachholz będzie mieć odczyt „O przewrotnym popędzie płciowym“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się prospekt o rozprawach z zakresu medycyny praktycznéj.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.